



## **SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES PARA LOS PROGRAMAS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE DE KANSAS**

### **Yo Estoy De Acuerdo En:**

- \* Atender a los clases de educacion nutritivas y citas.
- \* Llegar a tiempo a todas mis citas,
- \* Avisar al equipo de WIC con tiempo si no puede asistir a mi cita.
- \* Traer pruebas de ingresos, domicilio, y identificacion cuando se me pida.
- \* Dar al equipo de WIC/CSF informacion verdadera sobre la historia de salud de mi nino/a, sobre los ingresos de mi casa y sobre las comidas que yo y mis ninos comemos.
- \* Avisar al equipo de WIC/CSF si hay algun cambio de domicilio o de ingresos, si me voy a mover a otro lugar, o si ya no tengo poder sobre el participante.
- \* Que pesen y midan a mi y mi hijo/a y hagan un cheque de sangre (en el dedo o en el talon del pie) y hagan un evaluacion sobre las dietas.
- \* Manejar mis cheques de WIC con mucho cuidado (no pueden se remplazados).
- \* Comprar solamente comidas de WIC con los cheques de WIC.
- \* Llamar a la oficina de WIC inmediatamente si pierdo mis cheques (o si me los roban).

### **Yo Entiendo Que:**

- \* WIC me dara cheques para comprar ciertas comidas en la tienda de comida cada mes o CSF me proveera con comidas suplementarias.
- \* WIC/CSF proveera referencias de otros programas y servicios de salud. Y que sere animada a participar.
- \* Sere retirada del program si uso los beneficios de WIC/CSF en mas de un lugar al mismo tiempo.
- \* Las reglas de ilegibilidad y participacion el el programa de WIC/CSF son iguales para todos sin importar la raza, color, origen nacional, edad, desabilidad o sexo.
- \* Puede apelar tocante a la decision hecha por la agencia local de mi igebilidad para el programa.
- \* Puedo ser terminado del programa si yo o alguien que este conmigo haga algun cambio en los cheques de WIC, cambiar comida de WIC por dinero o por comida que no seyan de WIC; vender, cambiar, o regalar comidas de WIC/CSF; comprar comidas que no son de WIC; usar un vendedor sin autorizacion; abuso verbal o fisico al vendedor o al equipo de WIC.
- \* Mis datos de informacion de WIC/CSF pueden ser dados al MCH, Escuelas, Planificacion Familiar, Programas de trabajadores inmigrantes, Maternal y Infante, Ninos De Cuidado Especial, Infante y Nino, Programa de Prevención del Envenenamiento Por Plomo Para Niños de Kansas, Headstart, Health Wave, otro WIC/CSF, TAF, Estampillas de Comida, Tarjeta Medica, Kan-Be-Healthy (EPSDT), y EFNEP Programas que determinan la ilegibilidad de estos programas.

Yo a sido avisada de mis derechos y responsabilidades bajo este programa. Yo certifico que la informacion que yo proveo para la derterminacion de mi ilegibilidad es corecta, lo mejor de mi conocimiento. Esta forma de certificacion a sido sometida en conexion con el recibo de asistencia Federal Oficiales del Programa pueden verificar la informacion en esta forma. Yo entiendo que si intencionalmente doy informacion o testamentos falsos o intencionalmente mal representacion o ocultar, o retener hechos puede resultar en pagar a la agencia de estado, en efectivo, el valor del beneficio de la comida que impropriamente fue usada. Puede ser llamado a una prosecucion bajo la ley del Estado y la ley Federal.

El Departamento de Agricultura de los US (USDA) prohíbe descriminacion en todos sus programas y actividades en la base de raza, color, origen nacional, genero, edad, desabilidad o creencia politicas. (No todos los bases prohibidos aplican a todos los programas). Personas con desabilidades que requieron otras alternativas de comunicacion de informacion del programa (Braille, letra grande, audiotape, ect.) deben ponerse en contacto con el Centro Target al (202) 720-2600.

Para solicitar una queja de descriminacion, escriba a USDA, Director, Oficina de Derechos Civiles, Room 326-W, Whitten Building, 14<sup>th</sup> y Avenida Independence, SW, Washington, DC 202250-9410 o llame (202) 720-5964. USDA es un proveedor y empresario de oportunidades igualadas.

### **YO ENTIENDO MIS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES EN EL PROGRAMA DE WIC/CSF.**

---

Firma del Participante/Persona Responsable

Fecha

Rev. 5/2003